

Katedra i Klinika Psychiatrii AM w Lublinie
Department of Psychiatry Medical University of Lublin

HANNA KARAKUŁA, JUSTYNA PAWEŹKA, ANNA GRZYWA, KINGA SZYMONA

Basic symptoms in schizophrenia - review

Objawy podstawowe w schizofrenii – przegląd piśmiennictwa

Istnieje trend w medycynie do przykładania większej wagi do objawów klinicznych, które są obiektywne i mogą być weryfikowane. Tradycyjnie u pacjentów chorych na schizofrenię zwraca się większą uwagę na obiektywne objawy takie jak urojenia i omamy, bądź zaburzenia zachowania, co wynika z popularności Schneiderowskich kryteriów diagnostycznych, niż na objawy subiektywne, które są rzadko oceniane, a które mogą mieć ważne implikacje dla zrozumienia i leczenia zaburzeń schizofrenicznych.

W praktyce klinicznej spotyka się pacjentów chorych na schizofrenię, którzy chociaż nie prezentują ciężkich objawów wytwórczych, nie są zdolni do prowadzenia pełnego życia społecznego. Wielu z tych pacjentów opiera swoje trudności na subiektywnych skargach, głównie na upośledzonych funkcjach poznawczych.

Pomimo ponad 50 lat badań nad tym zjawiskiem istnieje w literaturze pewna niespójność terminologiczna oraz sprzeczne dane dotyczące ich nasilenia, powiązań z innymi objawami oraz znaczenia. W związku z tym celem pracy jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy dotyczącej objawów podstawowych w schizofrenii, a w szczególności próby uściślenia terminologicznego, przedstawienia funkcjonujących narzędzi do ich pomiaru oraz ich znaczenia diagnostycznego i terapeutycznego.

PRÓBY UŚCIŚLENIA TERMINOLOGICZNEGO

Badania nad objawami subiektywnymi bądź skargami pacjentów chorych na schizofrenię rozpoczął w latach 50-tych Huber i Chapman. Huber (1957) używał terminu „objawy podstawowe” dla objawów subiektywnych głównie typu poznawczego opisywanych przez pacjentów. Stosując fenomenologiczno-opisową metodę dostarczył systematycznego opisu subiektywnych skarg, które są niedostępne przy obserwacji chorego. Badacz twierdził, że subiektywne objawy wydają się być prawdziwymi oznakami poznawczych dysfunkcji. Według Hubera „objawy podstawowe”, chociaż potencjalnie odwracalne, stanowią część prodromalnych i rezydualnych stanów schizofrenicznych i tworzą podstawę najbardziej typowych objawów schizofrenicznych takich jak urojenia i omamy.

Chapman (1966) badał zaburzenia uwagi, percepcji, pamięci, motoryki i mowy u 40 pacjentów chorych na schizofrenię. Uważał, że „te fenomeny mogą być subiektywnie doświadczane przez pacjentów na długo przed oznakami ustalonej otwarcie choroby”.

Obydwaj badacze sądzili, że subiektywne doświadczenia były wyrazem zasadniczego zaburzenia poznawczego, które Huber przypisywał upośledzeniu mechanizmów przetwarzania informacji.

Subiektywne skargi zgłaszane przez pacjentów funkcjonują w literaturze pod różnymi terminami np. objawy podstawowe (Huber, Parnas), subiektywna poznawcza dysfunkcja (Van den Bosch), objawy subkliniczne (Liddle) bądź subiektywne doświadczenia (Cutting, Chapman, Cuesta i Peralta).

SKALE DO OCENY OBJAWÓW PODSTAWOWYCH

Teoria objawów podstawowych Hubera ma kliniczne potwierdzenie w badaniach chorych na schizofrenię, ale długo nie miała rzetelnej naukowej metodologii. Dopiero w latach 80-tych pojawiło się większość skal oceniających subiektywne doświadczenia.

Najszerzej stosowanym narzędziem do dziś jest Frankfurt Complaint Questionnaire (FCQ).

Tabela 1. Skale szacujące objawy podstawowe u pacjentów chorych na schizofrenię

SKALA	SPOSÓB SKALOWANIA	BADACZE
Frankfurt Complaint Questionnaire (FCQ)	Self-rated	Sullwold (1986)
Frankfurcka Skala Samopoczucia (FBS)	Self-rated	Sullwold (1987)
Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS)	Przez badacza	Gross (1987)
Subjective Experience of Deficit Scale (SEDS)	Przez badacza	Liddle i Barnes (1988)
Interview on Subjective Experience (ISE)	Przez badacza	Cutting i Dunne (1989)
Subjective Deficit Syndrome Scale (SDSE)	Self-rated	Jaeger (1990)

Współczynnik występowania nieprawidłowych objawów podstawowych przy użyciu tych skal okazał się wysoki u pacjentów chorych na schizofrenię. Jednak żadna z tych skal nie okazała się narzędziem „swoistym” w rozpoznawaniu schizofrenii. Wymienione skale obejmują różnorodną gamę objawów podstawowych, które w pewnym zakresie pojawiają się w każdej z nich (np. myślenie, motoryka, percepcja) (tab.2).

Tab. 2 Typy objawów podstawowych w przykładowych skalach

FCQ	ISE	SEDS
prosta percepcja	percepcja wzrokowa	percepcja
złożona percepcja	percepcja słuchowa	emocje
motoryka	motoryka	ruchy dowolne
myślenie	myślenie	myślenie
anhedonia / lęk	uwaga	napięcie
mowa	język	energia
brak automatyczności	poczucie przestrzeni	
pamięć		
utrata kontroli		
nadstymulacja sensoryczna		

ZWIĄZEK MIĘDZY OBJAWAMI PODSTAWOWYMI A ZMIENNYMI DEMOGRAFICZNYMI

Większość badań nad objawami podstawowymi nie wspomina o związkach między tymi objawami a zmiennymi demograficznymi. Tylko Sullwold (1986) wyraźnie podaje, że całkowity wynik w FCQ nie jest związany z żadnymi innymi zmiennymi. Jednakże Peralta i Cuesta (1989;1992) wielokrotnie stwierdzili, że kobiety zgłaszają znacząco więcej subiektywnych doświadczeń niż mężczyźni, oraz to, że liczba subiektywnych doświadczeń jest odwrotnie skorelowana z poziomem edukacji. Podobne wyniki badań uzyskał Stanghellini (1991).

ZWIĄZEK MIĘDZY OBJAWAMI PODSTAWOWYMI A DEFICYTAMI NEUROPSYCHOLOGICZNYMI I NEUROFIZJOLOGICZNYMI

Wiele subiektywnych doświadczeń zgłaszanych przez pacjentów chorych na schizofrenię ma naturę poznawczą, w wyniku czego czyniono próby odnoszenia ich do upośledzenia mechanizmów procesu informacyjnego. Badania, które analizują związki między objawami podstawowymi a psychofizjologicznymi zmiennymi takimi jak uwaga i czas reakcji są sprzeczne: Hasse-Sander (1982) oraz Van den Bosch i Rozendaal (1988) stwierdzili związek między pomiarami neurokognitywnymi (uwaga, czas reakcji) a punktacją w FCQ, natomiast Williams i wsp. (1984) oraz Brenner i wsp.(1987) nie znaleźli żadnych związków. Natomiast wyniki badań Zinneriego i wsp. (1990) wskazują na istnienie istotnych korelacji między pomiarami neurokognitywnymi i tylko niektórymi podskalami FCQ.

Badanie Cuesty i Peralty (1996) miało na celu analizę związków między objawami podstawowymi a deficytami neuropsychologicznymi u pacjentów chorych na schizofrenię. Wyniki potwierdziły, że subiektywne doświadczenia znacząco korelują z deficytami kognitywnymi, a także w mniejszym stopniu z objawami czołowymi. Wynik FCQ znacząco korelował z trzynastoma z czternastu analizowanych wskaźników funkcjonowania neuropsychologicznego, a zwłaszcza z wynikami Testu Łączenia Punktów A i B.

Badania Zanello i Hugueleta (2001) poszukujące powiązań pomiędzy funkcjami wykonawczymi ocenianymi przy pomocy WCST a objawami podstawowymi nie wykazały istnienia takich związków.

W badaniu Pallanti`ego (1999) amplituda P300 słuchowych potencjałów wywołanych była odwrotnie skorelowana z FCQ (zwłaszcza z utratą automatyczności i nadstymulacją).

ZWIĄZEK POMIĘDZY CZASEM TRWANIA CHOROBY A SUBIEKTYWNYMI DOŚWIADCZENIAMI

Przebieg dysfunkcji poznawczych może u niektórych chorych wykazywać pewną stabilność, u niektórych może następować ich dalsze pogorszenie. I tak Bilder (1992) porównał pierwszorazowych pacjentów z przewlekle chorymi i stwierdził znaczący deficyt intelektualny u przewlekle chorych, zwłaszcza mężczyzn.

Przeprowadzona przez Hoff`a i wsp.(1999) 5-letnia katamneza pacjentów po pierwszym epizodzie schizofrenii wykazała, że deficyty kognitywne utrzymują się na stabilnym poziomie przez długi okres. W badaniu Heaton`a i wsp.(2001) 3-letnia katamneza potwierdziła pozostawanie deficytów na stałym poziomie u pacjentów ambulatoryjnych.

W badaniu Moritz`a i wsp.(2001) przewlekle chorujący pacjenci nie oceniali swoich zdolności poznawczych gorzej niż pacjenci doświadczający swojego pierwszego epizodu choroby.

IMPLIKACJE DIAGNOSTYCZNE

Co prawda objawy podstawowe mogą występować w każdym etapie procesu schizofrenicznego, to należy podkreślić ich szczególne znaczenie diagnostyczne w okresie prodromalnym psychozy. Parnas (1999) badał adolescentów w stanach prepsychotycznych, wykazując subtelne zmiany w funkcjach poznawczych i narastanie nieprawidłowych subiektywnych doświadczeń. Zmiany w krótkim okresie czasu zarówno jakościowe jak i ilościowe w zakresie objawów podstawowych należy traktować jako prognostyczne zaostrzenia choroby. Objawy podstawowe mogą być również predyktorami wystąpienia pierwszego epizodu i na długi czas poprzedzać jej wybuch.

Duże nasilenie objawów podstawowych może być również predyktorem znacznej deterioracji społecznej, gdyż jak wykazały badania nasilenie deficytów poznawczych u chorych na schizofrenię w znacznym stopniu warunkuje ich funkcjonowanie oraz przystosowanie społeczne. Deficyty upośledzają zdolność do radzenia sobie w środowisku społecznym i nabywania nowych umiejętności psychospołecznych. Toteż na podstawie stwierdzenia zmian w zakresie niektórych funkcji kognitywnych u chorych na schizofrenię można przewidzieć także przyszłe zaburzenia ich funkcjonowania społecznego.

IMPLIKACJE TERAPEUTYCZNE

Ryzyko nasilenia niektórych subiektywnych doświadczeń może być łagodzone przez połączenie leczenia neuroleptycznego i kognitywnie zorientowanej terapii rehabilitacyjnej.

Do terapii farmakologicznej wskazane są leki atypowe, które znacznie lepiej poprawiają funkcje poznawcze niż typowe neuroleptyki. Do leczenia pozafarmakologicznego wskazana jest rehabilitacja poznawczo-behawioralna. Terapia ta skierowana jest na nabywanie nowych strategii poznawczych oraz psychologiczny trening w zakresie funkcji kognitywnych umożliwiając stosowanie właściwych strategii radzenia sobie. Brenner i wsp. (1992) opracowali program skierowany na poprawę w zakresie zaburzeń funkcji poznawczych u pacjentów chorujących chronicznie. Program skonstruowany jest tak, by istniało continuum między kognitywnymi a społecznymi wymiarami funkcjonowania. Udowodniono efektywność w poprawie zarówno poznawczych, jak i społecznych aspektów życia pacjentów.

PRZYSZŁE KIERUNKI BADAŃ

Obecny stan wiedzy odnośnie subiektywnych doświadczeń w schizofrenii jest ewidentnie niewystarczający. Dane są fragmentaryczne i często sprzeczne.

Jest to w większości spowodowane brakiem wystarczająco rzetelnych instrumentów dla oceny tych skarg oraz faktem, że różne badania uwzględniają tylko część bardzo złożonych aspektów objawów podstawowych.

Potrzebne są badania wielowymiarowe, aby próbować zintegrować różne wymiary i poziomy (kliniczny, subiektywny, neuropsychologiczny) w jakich manifestuje się choroba.

Badanie subiektywnych doświadczeń pacjentów uzupełniane przez obserwację może być używane do tworzenia opisowej podstawy dla bardziej dynamicznej psychiatrii (Strauss 1999)

Takie podejście może pomóc nam zrozumieć skomplikowany związek między człowiekiem a chorobą.

PIŚMIENNICTWO

1. Brenner HD i wsp.: Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1992;18(1):21-6.
2. Chapman J.: The early symptoms of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1966;112:225-251
3. Cuesta MJ i wsp.: Abnormal subjective experiences in schizophrenia: its relationships with neuropsychological disturbances and frontal signs. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1996;246(2):101-5.
4. Hoff AL i wsp.: Longitudinal neuropsychological follow-up study of patients with first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1999 ;156(9):1336-41.
5. Huber G.: Die coenesthetische Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1957;25:491-520
6. Mass R.: Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI) vs. Frankfurter Beschwerde- Fragebogen (FBF) Direkter Vergleich in einer klinischen Studie. *Nervenarzt.* 2004 Sep 23;
7. Moritz S.: Subjective cognitive dysfunction in first-episode and chronic schizophrenic patients. *Compr Psychiatry.* 2001;42(3):213-6.
8. Pallanti S, i wsp.: Basic symptoms and P300 abnormalities in young schizophrenic patients. *Compr Psychiatry.* 1999;40(5):363-71.
9. Parnas J.: From predisposition to psychosis: progression of symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1999;395:20-9.
10. Peralta V., Cuesta M.J.: Subjective experiences in schizophrenia: A Critical Review. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 35, 1994; 198-204
11. Zanello A, Huguelet P.: Relationship between subjective cognitive symptoms and frontal executive abilities in chronic schizophrenic outpatients. *Psychopathology.* 2001; 34(3):153-8.

STRESZCZENIE

Pomimo ponad 50 lat badań nad zjawiskiem objawów podstawowych w schizofrenii nadal istnieje niespójność terminologiczna i sprzeczne wyniki dotyczące ich nasilenia, powiązań z innymi objawami. Celem naszej pracy stało się przedstawienie aktualnego stanu wiedzy dotyczącej tego tematu, a w szczególności: próby uściślenia terminologicznego, narzędzi do ich pomiaru, powiązań ze zmiennymi demograficznymi, psychopatologicznymi, funkcjami neurofizjologicznymi i neurokognitywnymi a także implikacjami diagnostycznymi i terapeutycznymi.

Praca powstała dzięki grantowi KBN nr 3 P05B 030 24

ABSTRACT

Despite 50 years of the scientific research concerning basic symptoms in schizophrenia still exist the incoherence of the terminology, contradictory results relating their intensity and correlation with other symptoms. The purpose of our work is to present the current knowledge concerning to this theme and particularly: the proof to exact the terminology, the instruments to their measure, the correlations with the demographic and psychopathologic variables, the neurophysiologic and neurocognitive functions and the diagnostic and therapeutic implications.

This research was possible due to grant KBN nr 3 P05B 030 24.